

תחנה לייעוץ בחיי נישואין ומשפחה

תאריך: _____

א. פרטים אישיים:

| שם פרטי ומשפחה | גיל | ארץ לידה | ת.זהות | השכלה | מקצוע/ תעסוקה |
|----------------|-----|----------|--------|-------|---------------|
| בן הזוג | | | | | |
| בת הזוג | | | | | |

ילדים:

| מס' | השם | מין | גיל | מסגרת | הערות |
|-----|-----|-----|-----|-------|-------|
| .1 | | | | | |
| .2 | | | | | |
| .3 | | | | | |
| .4 | | | | | |
| .5 | | | | | |
| .6 | | | | | |

כתובת וטלפון:

כתובת: _____
 טל' בית: _____
 טל' בעבודה בן הזוג: _____ נייד: _____
 טל' בעבודה בת הזוג: _____ נייד: _____
 האם בן/בת הזוג יודעת/על הפניה: כן/לא _____
 לתיאום פגישה להתקשר ל_____

| מספר | נישואין ראשונים | | נישואין שניים | | נישואין נוכחיים | |
|---------|-----------------|-------|---------------|-------|-----------------|-------|
| | שנים | ילדים | שנים | ילדים | שנים | ילדים |
| בן הזוג | | | | | | |
| בת הזוג | | | | | | |

| טיפולים קודמים ונוכחיים | |
|-------------------------|--|
| בן הזוג | |
| בת הזוג | |
| | |

| סיבת הפניה: |
|--------------------|
| |
| |
| |
| |
| |
| |
| |
| |
| |
| |
| |
| |
| |
| |
| |
| |
| |
| |
| |
| אישה: |
| |
| |
| |
| |
| |
| |
| |
| בעל: |
| |
| |

